※受付者名	

様式第６号（第６条関係）

子 ど も 医 療 費 支 給 申 請 書

令和　　年　　月　　日

稲　沢　市　長　　殿

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号　（　　　　）　　　－

次のとおり医療費の助成金を支給してください。

受給者	受給者番号		加入医療保険	被保険者等記号・番号	
	住　　所	□　同上			
	フリガナ			保険者番号	
	氏　　名			保険者名称	
	生年月日	年　　月　　日		保険者の所在地	
子ども	フリガナ				
	氏　　名			被保険者氏名	
	生年月日	年　　月　　日			

傷　病　名		区　分	入　院　・　入　院　外
傷病原因	第三者行為　・　学校のケガ　・　その他（　　　　　　　）		
医療機関所在地・名称		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで　　日間

医療費総額	保険診療総点数	付加給付金等	支　払　額	※助成金決定額
円	点	円	円	円

フリガナ 口座名義人	金融機関名	支店名	種別	口座番号
	銀行 農協 信用金庫	店 支店 出張所	普　通 当　座	

委任状	上記の助成金の受領を　　　　　　　　　　　　に委任します。 氏　名

注　※印欄は記入しないでください。	※助成決定	

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

※区分	※医療機関	※保険種別	※負担割合
補装具	県内・県外	国保・社保・後期	３・２・１